



TITLE:

<論文>初学者の経験から考える心理療法の導入について(2) -アセスメント面接-

AUTHOR(S):

木村, 大樹; 桑本, 佳代子; 岡村, 裕美子; 松野, 翔平

CITATION:

木村, 大樹 ...[et al]. <論文>初学者の経験から考える心理療法の導入について(2) -アセスメント面接-. 京都大学大学院教育学研究科附属臨床教育実践研究センター紀要 2017, 20: 63-74

ISSUE DATE:

2017-03-29

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/218991>

RIGHT:

許諾条件により本文は2017-03-29に公開

初学者の経験から考える心理療法の導入について（2）アセスメント面接

京都大学教育学研究科 精神分析研究会

木村大樹・桑本佳代子・岡村裕美子・松野翔平

Learning from Experience of Beginner Therapists (2) "Assessment Interview."

KIMURA, Daiki ; KUWAMOTO, Kayoko

OKAMURA, Yumiko ; MATSUNO, Shohei

キーワード：アセスメント面接、初学者、困難

Key Words: assessment interview, beginner therapists, difficulties

I アセスメント面接の概略と意義

1. はじめに

「アセスメント面接」は、クライアントとの最初の面接である「インテーク（受理）面接」に続いて実施される「査定」のための面接である。心理療法の最初期に行う「アセスメント（査定）」は、来談したクライアントひとりひとりに最適な、心理臨床的支援の方法を提供する上において、欠くことのできない重要な作業であると考えられる。本章では、「アセスメント面接」について、臨床経験数年から中堅までの4人の執筆者が、それぞれ「概略と意義」、「初学者としての困難」、「乗り越え方」、「まとめ」の項目を担当し、初学者にとって有用な考察となるよう、リレー形式で論を進めていく。具体的には、I章「アセスメント面接の概略と意義」を岡村が、II章「アセスメント面接における初学者の困難」を木村・松野が、III章「乗り越え方」を桑本が、IV章「まとめ」を木村が執筆した。なお、本稿では「アセスメント面接」として、主に心理療法の初期やスクールカウンセリング等における、言語面接によるアセスメントを想定し記述を行うが、心理検査を用いてアセスメントを行う初学者も、多かれ少なかれ同様の困難は抱えているであろう。また、「インテーク（受理）面接」と「アセスメント面接」とを峻別するか否かについては、セラピストの依拠する理論によって考え方が異なるが、ここでは、両者を厳密に分けることはせず、連続するプロセスとして捉える立場を取る。

2. クライアントに初めて出会う場としての「インテーク・アセスメント面接」

「アセスメント（査定）面接」についての詳細に入る前に、セラピストが「初めて直接クライアントと出会う場」としての「初回（インテーク・アセスメント）面接」に関して、筆者が重要であると考え

る事柄について、述べておきたい。初回面接時における、セラピストの基本的な態度について、成田(2003)は「患者に信頼してもらうにはまず安定した態度で接することが必要である。(中略) ひらかれた態度で淡々と聞くのがよい。患者の話を人間にありうることとして受け入れるのである。」と述べている。この「安定した、開かれた態度」とは、どのようなあり方を指すのであろうか。筆者は、これを「セラピストが、クライアントの存在に、虚心坦懐に向き合う姿勢」であると考え。アセスメント面接においてセラピストは、クライアントの情報を集め、専門知識と臨床経験による知見を参照し、クライアントを見立てていく。その際、セラピストはそれらの枠組みに依拠しながらも、そのことのみに捉われることなく、眼前のクライアントのあり方を、広く開かれた態度で理解し、受け入れていこうとする態度が必要であると思われる。初回面接が、クライアントにとって、「何ものにも評価されることなく、安心して自らについて語り、受け止められたと感ずることができる場」として機能することは、クライアントが主体的に語ることを支え、セラピストとの関係性の基盤を築く。「わかろうとすること」と「わからないことを(ありのまま)受け入れること」との、両者を通してなされるクライアントへの理解こそが、よりクライアントにとって役に立つ、生きたアセスメント(査定)へと繋がるのではないかと考えられる。

3. 「アセスメント面接」の実際

以上のようなあり方を前提に、セラピストは、そこで語られるクライアントの言葉に、丁寧に耳を傾ける。その語りの中に、クライアントの歴史、関係性、固有のストーリー、クライアントが何を問題と考え、また何を望んでいるのかを読み取り、クライアントのニーズに即した適切な支援の方法、構造、及び方針を策定する。またこの時、これら構造面接に加え、心理検査による査定を実施するケースも多いであろう。

精神療法の過程は、しばしば登山に例えられることがあるが、初学者には、アセスメント面接を、「ガイド(セラピスト)が、登山者(クライアント)を、安全に登山(心理療法)に連れていく為の準備のプロセス」としてイメージすると、理解しやすいかもしれない。セラピストは、同行するクライアントが、どのような山(問題)に登るのかを理解し、山の地図(精神医学的知識、臨床心理学的専門性)を詳細に検討しながら、クライアントの体力、気力(病態水準)を計り、その山に登ることが可能かどうかを判断する。登山の道程(心理療法過程)において、実際にどのようなことが生じうるのか、天候や環境(環境要因・家族背景)等を踏まえながら、クライアントの体調の変化やリスク(症状・病態の変化・行動化など)を予測し、できるだけ安全に目的地(心理療法のゴール)にたどり着けるよう、装備やコース(治療構造・技法)を厳しく選定する。ガイド(セラピスト)自身の限界も見定めつつ、不測の事態に備え、必要であれば、いつでも助けを呼べるよう準備をしておく(他職種との連携)。心理療法という登山を行う前に、クライアントとの信頼関係を構築しつつ、これら一連のプランを立てる作業が、「アセスメント面接」での、前半の仕事であるといえるであろう。

心理療法を開始するにあたって、セラピストは、アセスメントで明らかにされた問題やプランを、ある程度クライアントとの間で共有しておくことが望ましいと思われる。しかし近年、筆者の個人的な印象では、それらをクライアントとの共通理解とする事が、難しいケースが増加しているように感じられる。言葉は交わしていても、相互交流を感じられない事例、イメージの世界に入ることが難しい事例、

即効性や具体的な方法論を強く望む事例など、コミュニケーションが成立しにくく、問題を共有する事が困難なケースに遭遇することが、（領域を問わず）臨床現場では少なくない。筆者自身にも経験があるが、このような事例を前にすると、セラピストは、その表現に圧倒され、（頭では理解していても）ついクライアントに言うまま動いてしまったり、どこか反発を感じたり、クライアントの役に立てるのだろうかと不安な気持ちにかられたり、時に、普段の自分らしくケースに向き合う事が難しくなることがあるのではないだろうか。しかし、これらセラピストに、さまざまな感情を賦活させるクライアントのあり方と、セラピストの自身の動きこそが、クライアントをアセスメントする上で、欠かせない情報となる。そのような意味において、セラピストは、クライアントのありのままの表現を尊重しながら、同時に、自分自身の思考、感情といったあらゆる動きについて、しっかりとモニターを行っておく事が必要であると考えられる。クライアントとの関係性を用いたアセスメントの在り方は、力動的な面接を行うセラピストにとって、基本的な態度であるが、とりわけコミュニケーションが難しいクライアントへの査定において、有効なツールとなるように思われる。また、これらの作業を成立させるためには、初学者、ベテランに関わらず、スーパーヴィジョンの存在が欠かせないであろう。

このようにして策定された、治療の方法、構造、方向性、見通しなどを、クライアントにフィードバックすることが、アセスメント後半の作業となる。「診断面接の第一の目的は、患者自身が、自分の問題がどのようなもので、どのような治療を受けたらよいのかについて、理解できるよう援助することにある（守屋・皆川, 2007）」と述べられているように、アセスメント（査定）は、何よりも、クライアント自身にとって、「役に立つ」と感じられるものでなければならない。クライアントに、それら査定の結果を伝える際には、クライアントが受け入れやすいよう、伝え方を工夫する事が望ましい。（具体的なアドバイスを求めているクライアントには、「アドバイス」の形を取って返すなど、クライアントの使用した言葉や文脈を用いる事が、コツのように思われる）。また、クライアントからの様々な投影、セラピスト、心理療法にする過度な期待や理想化、「何かを見透かされてしまうのではないか」といった不安、恐れを感じている場合も同様、クライアントが投影する様々なイメージを否定する事なく、一旦それらを受け止めた上で、改めてセラピストが、現実的に提供できるもの（目的・構造）を、丁寧に伝えておくことが重要である。心理療法というサービスにおいて提供できることの限界を見定め、医療や福祉、司法といった他領域との連携の可能性を、クライアントに示唆しておくこと、また（治療）契約に向け、クライアントが納得し、主体的に心理療法を始める事ができるよう（場合によっては心理療法を始めないという選択肢もあるかもしれない）、様々な角度から、準備を整えておくことが必要であろう。インテーク、アセスメント面接といった心理療法の最初期の段階で、これらの作業をできるだけ丹念に行っておく事が、その後の心理療法での信頼関係の基盤となることが多いように思われる。

4. 「病態水準」という概念の有用性

アセスメント（査定）を実施するに際して、基礎的な精神医学的知識、自分自身が依拠する臨床心理学の理論を、ある程度備えておくことは言うまでもない。中でも筆者は「病態水準 level of psychopathology」という概念が、臨床において、非常に有用であると考えている。「病態水準」とは、カーンバーク（Kernberg, O）によって「パーソナリティを、①同一性の統合度、防衛機種の種類、③現

実検討力の有無によって、神経症性 **neurotic**、境界 **borderline**、精神病性 **psychotic** の三水準にわけると定義されたものである。「病態水準」の考え方において、もっとも特徴的であるのは、健常レベルから精神病レベルまでの病態を、連続線上のものとして捉える事ができるという点であろう。中井（2008）は、「私たちは、よく診断の当否を議論するが、実際は例えば統合失調症と気分障害のあいだに無人地帯があるわけではない。（中略）中間的なケースが実際には私たちの予想より多いかもしれない」と述べているが、査定を行う際にも、これら病態水準の考え方をを用いる事によって、クライアントのあり方を、力動的に捉える事が可能となる。ここでは、それらカーンバーグの分類を、更に「意識や自我に侵襲しようとする普遍的・個人的無意識の力」と「それに対抗して現実的な自我を保とうとする意識の力」という二つの根源的な力の関係性として再記述した、渡辺（2011）による、3つの分類を引用する。

1) 精神病水準

前者の力が後者に対して、圧倒的な力を振るい、その結果として内的体験及び身体性の自己所属性が剥奪され、他者化し、そのため内的体験が容易に外部世界に投影され、外部世界や他者の意図、意志として体験されてしまう事態。

2) 境界例水準

前者の力に対する後者の統制が不十分で、その結果として内的体験および身体性の自己所属性の希薄化を招くとともに、内的体験を不用意に外部世界に発散、漏洩してしまい、そのため衝動的な行動や現実感を欠いた身体感覚として体験されてしまう事態。

3) 神経症水準

前者の侵襲に強い恐れを抱く後者が、前者の力を強引に支配しており、その結果として内的体験や身体性を無理やり押さえつけ抑圧してしまい、そのためにさまざまな不安、恐怖や身体症状を来している事態。

クライアントのあり方を、上記のように、意識の力と無意識の力との関係性、その攻防を巡る状態、と捉える事によって、クライアントの内外で生じている事態が、よりイメージ豊かに、動きのあるものとして想起されるのではないだろうか。心理療法を開始するにあたり、クライアントの「自我」に、どの程度の強度があり、「無意識」の動きをどの程度受け止める事ができるのか、また「無意識」は、どのような時にどの程度の強さで、クライアントに迫ろうとするのか、それらを踏まえ、外的構造で守っておかなければならない部分はどこなのか、より具体的な戦略を練ることが可能となる。また病態が移行する際の変化やリスクが、どのような形で生じうるのかについても予測ができ、より細やかに、面接過程の見通しを立てる事ができるように思われる。「病態水準」の考え方は、心理療法の全てのプロセスを通して、役に立つ概念であり、セラピストの専門性として、身に着けておくことを推奨したい。（なお、近年、「病態水準」から、定型、非定型的な「発達」に焦点を移し、クライアントを「発達スペクトラム」の観点から捉えていこうとする論考(田中, 2016) が認められる。筆者もその必要性について異論はなく、それらの基準となる定型を理解する為にも、初学者はまず「病態水準」という考え方をしっかりと押さえておくことが必要であろうと思われる）。

5. 「わからないこと」 クライアントへの総体的な理解に向けて

これまでの延べてきた、これらインテーク面接からアセスメント面接で行われる一連の作業は、心理療法における専門的、中核的な営みのひとつである、「見立て」といわれるものに相当する。「見立て」について、渡辺（2011）は、「クライアントとその「こころ・からだ」について、できるだけ総体的に理解すること、その理解に基づいてクライアントに対してできるだけ共感を生成し深めること、そしてこの理解と共感に支えられて手助けの方法を考え、組み立てること」と述べている。「査定」は、クライアントへの見立てにおける重要な構成要素であり、クライアントを理解する上での、判断基準を与えてくれるものである。しかし、これらは、その物事を明確にする、という性質ゆえに、それ自体が独り歩きし、クライアントを安易に「診断したり」「わかったような気になったり」する危険性をも孕んでいる。アセスメントは、あくまでもクライアント総体への理解の一部であり、その多くは「わからない」「曖昧な」ものであること、それら「わからないこと」を、更に理解し、共感することに努めようとするセラピストの姿勢によって、はじめて、アセスメント（査定）はその効力を発揮するのであろう。「見立て」が、長い心理療法のプロセスにおいて、繰り返し見直され、改められていくように、アセスメントもまた、刷新され、深められていくことが求められる。

以上、「アセスメント面接」について述べてきた。クライアントと初めて出会う場である「アセスメント面接」は、現在の筆者にとっても、心理療法の過程の中で、とても難しいと感じられるセッションのひとつである。恐らく、全てのセラピストが、臨床経験を重ねる中で、本章の形式である「定義、概説を学び」、「経験することにより生起する疑問への問いを立て」、「実践を積むことによって、自分なりの答えを見出す」というプロセスを、尽きることなく繰り返しながら、臨床家として、少しずつ「クライアントの役に立つ」アセスメントを身に着けていくのであろう。新たな問いに期待し、次章に論を譲りたい。

II アセスメント面接における初学者の困難

1. 実感をともなったアセスメントができない

前章の岡村によるアセスメントの概説を受け、本章では初学者の二人が、アセスメントにおける初学者なりの困難や疑問を二つ挙げる。まず、初学者である筆者らは、そもそもアセスメントができていないことや、それなりのアセスメントをしたつもりでいても実感をともなっていないことが多い。もちろん成書には、アセスメントに必要な項目として、現症歴や生育歴などの情報に加え、中心的な葛藤と主要な防衛、対象関係の持ち方のパターン、現在の家族力動などさまざまなリストが挙げられてはいる。しかし、アセスメントとは情報のリストを並べるのではなく、クライアントの人となりや現在の状況をまとめあげ、今後の方針を定めることである。土居（1992）が「扇の要」と呼んだのはこのことであろう。ところが初学者にはどこが「要」なのかわからず、クライアントが重要なことを語っていても、それが重要であると気付かないことも多い。つまり、上記のリストに強弱をつけ、重心を定め、全体としてクライアントを理解するということが難しいのである。このような「まとめあげ」がなければアセスメントに実感を持てないであろうし、逆に実感が伴えばこそ情報がまとまっていくのではないかと思

われる。そして、実感を持って理解できていないと、クライアントに伝えるという作業も当然難しい。

また、土居 (1992) は「本当にわかるためには、まず何がわからないかが見えて来なければならない」とも述べている。しかし、初学者にとってはここが難しい。おそらく初学者の「わからない」とベテラン臨床家の「わからない」ではずいぶんと質が違うのである。それはおそらく、初学者には「わかる」状態があやふやにしか理解できていないため、今の自分が「わかっている」状態なのか、知識に当てはめて「わかったつもり」の状態なのか、あるいは両者の間のどのあたりに位置しているのかがわからないからではないだろうか。つまり、「わかっているかわかっていないか」すらわからないのである。言い換えれば、初学者は実感を持って「わかる」状態を前提にした「わからない」状態なのではなく、ひたすら混沌の中で「わからない」だけなのである。

このように「情報に重み付けをしてまとめあげられない」とか「わかっているのかかわかっていないのかがわからない」などという初学者の困難は、経験の浅さに起因するように思われる。もちろん、単なる臨床経験の浅さだけでなく人生経験の浅さや、その経験をじっくり振り返る経験の浅さも関係しているだろうが、ここでは臨床経験が重要である例を考えてみる。たとえば、ある母親との初回面接で、どうも表面的にしか取り合わない感じや、具体的アドバイスばかりを求める感じをセラピストが抱いたとする。そして、その母親が一年ほどカウンセリングに通い続けたころによりやく、「自分の子育てが悪かったせいで子どもが不登校になったんだと思う」と語ったとする。そこではじめてセラピストは、初回時の表面的な態度の背後には、深い罪悪感があったことを知る。このような経験を一度持てば、別のクライアントが初回時にかすかに見せるサインから、(たとえば) その奥にある罪悪感を実感を持って感じ取ることができるだろう。ベテランの臨床家は、おそらくこのような事態を何度もしてきたのではないだろうか。要するに、臨床経験を積むと、ある程度長く会い続けたケースの経験から逆算して、アセスメントの時に実感を持って背後にある心理を理解できるようになるのであろう。初学者はその経験が少ないために、初期には細かいことに気付けないことも多いのであろう。だから、たとえスーパーヴィジョンなどで指摘されて気付いた場合にも、実感がこもっていないためにどうしても知的な理解に留まってしまうのである。たとえば「母子が密着している」とか「人生の目標を喪失している」とかいったことがわかっていたとしても、実際にそれがいったいどのような状態なのか実感を持って理解できないのである。あるいは岡村がアセスメントに有用な概念として挙げている「病態水準」なども、単なる当てはめに留まってしまう危険性がある。

また、どのような支援が可能かについても、実際にある程度の期間支援し続けた経験を持たないと、この先どのような支援によってどうなっていくのか実感を持って見通せない。クライアントを心理療法に導入するにしても、「心理療法で良くなる」とはどういうことなのか、そもそも「心理療法とは何なのか」について実感を持って見通しを立てられないし、それゆえクライアントに胸を張って説明することも難しい。「私の数例の経験と、先人の書いた本によると、上手く行った時にはどうやらこうなるみたいです」というような、曖昧な提示をするわけにもいかない。岡村は、セラピストを登山ガイドに喩えているが、初学者の場合、いわばガイドであるセラピストも登山の経験がないのである。

初学者はこの、ある意味理不尽な状況の中で、たまたま運よく登れるケースを経験しながらも、基本的には挫折しながら無力感や自己否定的な感情を経験し続けるしかないのであろうか。藤山 (2014) は、

心理臨床ではなく、精神分析についてではあるが、筆者と同じ「理不尽」について述べている。「（訓練生は）まさにその分析的自己を作り、訓練される途上において自分がケースを扱うこと、ケースを選び出して分析的設定に導入することを、精神分析実践に志すセラピストは何度も経験しなければならない。ここに大きな理不尽がある。分析的自己が内在化され、精神分析とは何かが身をもってわかっていない状態においては、ケースを選択し分析的設定に導入することは原理的には不可能であるのに、それをしないことには話が始まらない、という理不尽である。私はすべての技芸の修練にはこのような理不尽を超える局面が必要なのではないか、と考えている。」と述べている。おそらく「技芸」の特性を持つ多くの心理臨床実践においても、同じことが言えるだろう。このようなことは理不尽を乗り越えてきた人から見れば納得できるのであろうが、初学者としては、「では、どうすればいいのか…」と途方に暮れてしまう。

2. 初期のアセスメントの必要性に実感が持てない

同じ人とある程度長く会うと、初期の見立てがいかにか的を外れであったか、あるいはいかに一面しか見られていなかったかに気付く。だから、ケースカンファレンスなどで初回時の見立てを発表するのに抵抗を感じたり、あくまで「初回時の」見立てであることを強調したくなったりするのであろう。また、知的に理解するだけではなく、共感的に理解することが重要であるとも言われるが、共感したと思っていたことが、あとで全く本人の感じ方とずれていたとわかることもしばしばある。たとえば自らの極めてパーソナルな感覚を思い起こしてみても、それを初めて会うような他人に伝えることがおよそ叶わないであろうことは容易に想像がつくのではないだろうか。一方で、よく知られているように、見立てが立っていなくても心理療法が展開することもある。また、たまたま上手くいったと言える筆者自身のケースを振り返ってみても、共感的に理解できていたからうまくいったなどとは到底言えない。

このように考えると、セラピストの初期アセスメントが正確であることは、必ずしも心理療法が展開していくことの必要条件にはなっていないようにも思われるのである。初期にアセスメントがどの程度できているかや、初期の段階でどの程度共感的に理解できているかは、心理療法その他の支援のプロセスに影響する多くの要因の一つでしかないとすら思われる。開き直りかも知れないが、むしろ「よくわからないし、共感できていないのだろうが、どうやらこの人にとってはこのことが重要らしい」というような段階でしておく方が、治療的である気もする。

しかし、数回の面接でセラピストが自分のことを理解できていないがために来談しなくなるクライエントもいる。また、たとえばスクールカウンセリングなどでは、数回の面接で専門的な見立てが求められる。「だいたいこうかもしれませんが、まだよくわかりません。いっしょにじっくり考えていきましょう。」では納得してもらえないことが多いことも事実である。結局は「アセスメントできているに越したことはない」という結論になるのかもしれないが、アセスメントの意義が身をもって理解できていないために、初期のセラピストのスタンスが定まらないことが二つ目の困難である。

以上、①初学者は経験がないので、アセスメントに実感が持てないということと、②初期のアセスメントがうまくできていなくても心理療法が展開していく例もある中で、初期のアセスメントができていないがために中断してしまう事例も多く、初期のアセスメントの必要性に実感が持てないということ

困難として挙げた。中堅の臨床家は①の理不尽な経験をどのように乗り越えたのであろうか、そして②のジレンマはどのように見えているのであろうか。

Ⅲ 乗り越え方

1. 「初学者の困難」を受けて

木村・松野の「初学者の困難」の章を受けて、ここでは困難をどう乗り越えていくかを記載していく。第一に、木村・松野は、「初学者は経験がないのでアセスメントに実感を持ってない」と指摘している。「たとえスーパーヴィジョンなどで指摘されて気付いた場合にも、実感がこもっていないためにどうしても知的な理解に留まってしまうのである」という。また、「情報に重み付けをしてまとめあげられない」「わかっているのかわかっていないのかわからない」とも述べている。

第二に、木村・松野は、「初期のアセスメントの必要性が身をもってわからない」と指摘している。「初期アセスメントが正確であることは、必ずしも心理療法が展開していくことの必要条件にはなっていないようにも思われる」、「よくわからないし、共感できていないのだろうが、どうやらこの人にとってはこのことが重要らしいというような段階でおいておく方が、治療的である気もする」と記述されている。しかし同時に、スクールカウンセリングなどでは数回の面接で専門的な見立てが求められる、というジレンマも実感されているようである。

木村・松野の第二章を受けて、本章では、「アセスメントは必要なのか」「わかるとはどういうことか」「初学者はいかにして見立てていくのか」を中心に述べていきたい。

2. アセスメントは必要なのか

神田橋(2000)は、アセスメント面接のことを「診断面接」と呼んでいるが、「診断という手続きを、あまりにもないがしろにして、行われている精神療法が山ほどあって、それが、精神療法の失敗の、かなりの要因になっている」「診断しないでやる、診断作業を、うんと減らしてやる精神療法は、普通、新興宗教なんかで、やっていますね。どんな人にも、ぜんぶ、あなたには先祖のたたりがある、水子の霊じゃ、というのなら、診断する必要はない。はじめっから、結論は決まっている。そうしたやり方は、例外なく、力仕事で、恐怖心をかきたてている」と述べ、診断面接（アセスメント面接）の重要性を述べている。

土居(1992)は、「見立てというのは、診断・予後・治療について専門家がのべる意見をひっくるめて呼ぶ日常語である」とし、「見立て如何で治療の成果は大きく左右される」と述べている。さらに「専門家は相手が問題とすることを聞いて、それを新たに理解し直さなければならない。患者の問題をただ鵜呑みにしてはいけないのである。効果的な見立てとなるためには、患者の受診理由に出発しながら、それを生起せしめた背後の理由を、あたかも扇の要のごとく、更にそこから遡って患者の全貌を探るための問題点として、把握するのでなければならないからである。しかもそこで問題として把握されたものが患者にとっても問題として理解されるのでなければならないのである」という。

このように先達の言葉を見ていくと、いかに見立て（アセスメント）が重要であるかが理解できる。

しかし、これは到底初学者には真似できないと思えてくる。

3. わかるということ

土居（1992）は、「面接によって相手を理解しようというからには、深い意味で『わかる』ことでなければならない」、「深い意味で『わかる』とは、第一に何でも彼でもわかったつもりになるのを止めることから始めねばならない。」「簡単に分かってしまっただけではいけない。何がわかり、何がわからないかの区別がわからねばならない。」「『わからない、不思議だ、ここには何かがあるにちがいない』という感覚は、もともと理解力の乏しい人には生じない。」「何かがわかるとき、新しい視野が開かれるとき、理解は一段と深まる」などと述べている。そして、「精神科的面接の勘所は、どうやってこの『わからない』という感覚を獲得できるかということにかかっているが、このことはいくら強調してもしすぎることはあるまい。ではどうやって『ここはおかしい、妙だ、よくわからない』という勘を養うかということであるが、これには練習より他にこれといってよい方法はないといってよい」としている。さらに、「いつまでも『わからない』に終始したのでは困るのであって、そこを通過していつかは『わかる』に到着しなければならない、それこそが真の共感である」と述べている。

つまり、初学者が理解力の乏しさゆえに「わからない」と思ってもよいのではなく、練習によって「わからないという勘」を養うしかないということである。ここでいう「わからない」とは深い言葉であり、簡単に「わからない」とは言うてはいけないのである。さらに Bion(1967)は、セラピストは自分の記憶と欲望に支配されてはいけない、常にクライアントに初めて会うがごとき心掛けが肝要である、と述べている。ここでまたハードルはあがり、修練をつんで「わからないの勘」や見立てがたつようになっても、自分の記憶と欲望に支配されない、謙虚さが大事なようである。ここまでくると、まさに修行なのだと実感せざるをえない。

4. 初学者はいかにして見立てていくのか

以下に述べることは筆者の体験である。少しでも読者の参考になれば幸いである。

筆者は修士課程を修了後、すぐに単科精神病院に就職した。その病院では、患者さんが入院をしてアセスメントを受ける、という慣習があり、患者さんの多くは、アセスメント面接と心理検査目的での入院をされた。心理士が毎週1回50分お会いし、4回前後のアセスメント面接を行い、アセスメント面接の間に心理検査を行うというスケジュールで、アセスメント面接の最終回には口頭で（患者さんが希望される場合は書面で）アセスメントのフィードバックを行うことになっていた。なお、アセスメント面接の回数については、患者さんの状態や状況によって、熟慮して決めていた。

さらに、1、2週間後までに医師あてのアセスメント所見を作成することになっていた。その所見には、患者さんの病態水準を含む疑われる病名、生育歴や現病歴、家族歴から想定される精神分析的理解を必ず含むことになっていた。特に病態水準は医師の求める場所であり、神経症水準なのか、精神病水準なのか、境界例水準なのかだけでなく、境界例水準であれば higher レベルなのか、middle レベルなのか、lower レベルなのかを記載することになっていた。医師は心理士が作成したアセスメント所見を参考にし、患者さんに病名を含む見立てを伝える。この見立てにより、治療方針や薬の処方内容が決

まってしまうということもあった。そのようなアセスメントの依頼が、週に2、3ケースのペースで舞い込んできた。

筆者は、患者さんがアセスメントを目的に入院をして、入院を継続されていたり、アセスメントの所見が出るのを待って退院したりするといった、大きな影響力を自分の見立てが持つということに恐れを抱いた。そして、臨床歴1年目の自分にとっての重責を感じ、そんな役目を担うことは無理だと思い、全てのケースをスーパーヴァイザーに見せなくては、と考えた。実際に就職して5年間、4名のスーパーヴァイザーに少なくとも月に8回のスーパーヴィジョンを受け、アセスメントの相談をしていた。

初学者の私にとっては、スーパーヴァイザーの言うことは神託のようで、スーパーヴァイザーの言うアセスメントは一言も聞き洩らしてはいけないものであり、全て逐語で記録した。スーパーヴァイザーの見立てはいつも目からうろこ、雷に打たれたような衝撃的なものであり、自分がお会いしたクライアントを見事に表しているように聞こえた。ある日筆者は、一人のスーパーヴァイザーにずっと聞いたかったことを問うた。「どうしてそんなにわかるのですか？」と。スーパーヴァイザーは、「経験を積んでいけばわかっていくものだよ。たくさんの事例に出会うことが大事。多くの事例検討会に出た方がいい。」と応えた。その頃の筆者の実感は、木村・松野が指摘したような、「スーパーヴィジョンで指摘されて気づくことができたとしても、知的な理解に留まってしまい、実感をもって理解できない」というものではなく、スーパーヴァイザーの言うことが絶対であり、それ以外の理解は間違っている、という感覚であった。つまり、「実感をもって理解できない」というレベルに至っておらず、スーパーヴァイザーの言うことを鵜呑みにし、自分で考え感じることを放棄した状態にあった。

3年目になって、アセスメントを行ったクライアントに、継続的な心理療法を行う機会を持った。そのクライアントの見立ては、約半年前に行っており、半年後に継続的な心理療法が開始されたのであった。筆者は、アセスメントをしてもらったスーパーヴァイザーに、継続的な心理療法をスーパーバイズしてもらおうことにした。あらためて半年前のアセスメント面接の内容を持参したところ、スーパーヴァイザーが語った見立ては全く異なるものであった。筆者は驚き、その事実をスーパーヴァイザーに伝えたところ、「うん、それで？」という返事であった。筆者にとっては信じがたい事柄であったが、スーパーヴァイザーにしてみると、毎回、見えてくるところは違ってくるということのようで、前回と同じ見立てではなかったことに、さほど違和感を覚えていなかった。

そのようなことが何度かあってから、筆者は、見立てというものは変わっていくものであり、それはクライアントをいろいろな側面から理解していることであるのだと、経験を伴って理解していくようになった。見立ては、心理療法の中で繰り返し見直され、改められていく。最初にたてた見立ては、修正してはいけないとか、取り返しがつかないのだと思わない、見立てを改めていく勇気も求められていると気づいた。

さらに、スーパーヴァイザーの言うことを鵜呑みにするのではなく、自分の考えた見立てを持参し、スーパーヴァイザーと議論するようになっていった。たくさんのケースに出会い、いろいろな経験をしていくうちに、先達のいう見立ての重要性や「わからない」ということが、身に沁みてくるようになった。

筆者は未だ臨床歴十数年にすぎないが、今振り返って思うことは、やはり見立ては重要であり、相当

の努力と時間とお金をかけて、磨いていくものであるというありきたりなことである。特に、ケースについてのスーパーヴィジョンは受けるが、アセスメントのスーパーヴィジョンは受けないという臨床心理士がいたら、是非アセスメントのスーパーヴィジョンを受けていただきたいと思う所存である。

なお、本稿では、心理検査によるアセスメントについてまでは述べていないが、筆者は心理検査を含むアセスメントをずっと行ってきており、アセスメントにあたっては心理検査の施行を考慮すべきだと考えている。

Ⅳ まとめ

本章では、Ⅲ章の桑本による「乗り越え方」を踏まえて、アセスメントに困難を覚えている初学者がどこへ向かって行けばよいのか、あらためて初学者自身の視点からまとめる。まず、断っておかねばならないのは、実はⅡ章で提起した疑問は、筆者が臨床を始めて1年ほどの時期には文章にすることすらできなかったらうということである。アセスメントに実感が持てていないことにも、多少なりとも実感を持ってクライアントを理解できたケースを経験したからこそ、初めて気付くことができたのである。また、初期のアセスメントが上手くできていなくても心理療法は進展することがあると実感し、その一方でケースが中断した要因にセラピストの理解不足が関わっていると（事後的に）理解したからこそ、初期アセスメントの重要性についての葛藤が生まれたのである。そして、このように文章にして疑問を対象化してしまうと、疑問は半分くらい解消してしまった気すらする。というのも、何に悩んでいるのかがぼんやりとしかわかっていなかったからこそ、余計に「うまくいかない」という思いだけが際立ってしまっていたからであろう。桑本も『「実感をもって理解できない」』というレベルに至っておらず、スーパーヴァイザーの言うことを鵜呑みにし、自分で考え感じることを放棄した状態にあった」そうであるが、筆者も同様の時期を過ごした。言いかえれば筆者は、「実感を持って理解できていない」ということを身に沁みて思い知らされることにこの数年を費やしてきたともいえる。したがって、アセスメントに困難を覚えている初学者はまず、何にどのような困難を覚えているのかを自覚することが重要であると思われる。もちろんその際に、困難を覚えるような実践経験を重ねなければならないのは当然である。

さて、そのうえで筆者の疑問や困難にどのように対処していけばよいのであろうか。桑本は、先達の言葉を引き、初期のアセスメントが必要であることを改めて示してくれた。また、実感を持って「わかる」ことよりも、むしろ「わからない」という勘を磨いていかねばならないという目指すべき方向性を示してくれた。しかし、それ以上に具体的な解決法を示してくれてはいない。「到底初学者には真似できないと思えてくる」「まさに修行なのだと実感せざるをえない」というように、筆者らの疑問をある意味仕方のないこととして捉えているようである。一方で、直接的な解決よりも重要なことを記述するために、原稿の半分を費やしている。それは桑本自身の体験である。同じように困難を感じながらもとにかくたくさんのケースのアセスメントをした（せざるを得なかった）こと、そしてその責任の重さに恐れを抱き、スーパーヴァイザーの言葉を神託のように受け取っていたこと、そして3年ほど経ったころにスーパーヴァイザーの言うことを鵜呑みにするのではなく、自分の考えた見立てを持参し、スーパーヴァイザーと議論するようになっていったこと、といった体験をしたそうである。ひたすらにケースの

アセスメントをこなす時期があったこと、スーパーヴァイザーの位置が相対化されるとともに自分で考えられるようになってきたこと、3年という期間などは初学者が歩む道筋をリアルに示してくれている。そして、「たくさんのケースに出会い、いろいろな経験をしていくうちに、先達のいう見立ての重要性や『わからない』ということが、身に沁みてくるようになった」という。「身に沁みて」というところにさまざまな体験の重みが感じられる。

上記のように、初学者が自らの悩みを対象化して捉えること、そして中堅の臨床家も同じような悩みを抱えていたのだと知ることは支えになるだろう。また、中堅の臨床家が「とにかくひたすら」の時期を過ごしていたのを知ることは、初学者がこれから自らの臨床家としての歩みを進めていく上でひとつの方向を示すであろう。同じような困難を抱えている初学者が本稿を読むことで、自らの困難を困難として同定でき、自らが進んでいく道を少しでも照らす助けになったとすれば、本稿の目的は達せられたと考えている。

文 献

Bion, W. (1967). Notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2(1), 271-280.

土居健郎 (1992). 新訂 方法としての面接. 医学書院.

藤山直樹 (2014). 精神分析とマネジメント——監修者として. 藤山直樹・中村留貴子(監修) 事例で学ぶアセスメントとマネジメント — 一こころを考える臨床実践. 岩崎学術出版社.

岩崎徹也 (2002). 病態水準. 小此木啓吾・北山修他(編) 精神分析辞典. 岩崎学術出版社.

神田橋條治 (2000). 治療のこころ 巻 2 精神療法の世界. 花クリニック神田橋研究会.

田中康裕 (2016). 発達障害の広がりとその心理療法—「グレイゾーン」の細やかな識別と「発達の非定型化」という観点.

河合俊雄・田中康裕 (編) (2016). 発達の非定型化と心理療法. 創元社, pp. 122-143.

守屋直樹・皆川邦直(編) (2007). 精神分析的診断面接のすすめかた. 岩崎学術出版社.

中井久夫 (2008). 臨床瑣談. みすず書房.

成田善弘 (2003). 精神療法家の仕事 面接と面接者. 金剛出版.

渡辺雄三 (2011). 私説・臨床心理学の方法——いかにクライアントを理解し、手助けするか. 金剛出版.